

The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Therapy on Cognitive Errors, Rumination and Cognitive Avoidance in Social Anxiety Disorder Patients (Case Study)

Askari, Z., Zandkarimi, *Gh.

Abstract

Introduction: This study Aimed to investigate the effectiveness of Unified trans-diagnostic treatment on cognitive errors, rumination and cognitive avoidance in social anxiety disorder patients.

Method: The research was a single case experimental design with multiple baseline (ABAB) as well as one-month follow-up. The research population was patients suffering from social anxiety who had referred to Arvin Clinic in 1400 that three participants were voluntarily selected among them. Data instruments were the ruminant response scale, cognitive avoidance questionnaire, cognitive distortion questionnaire and social panic questionnaire to measure the dependent variables. Therapy performed by integrated unified trans-diagnostic protocol for one hour, two months and twice a week. Percentage recovery, Cohen's effect size and visual analysis were used to analyze the data.

Results: Results showed that integrated unified trans-diagnostic protocol significantly reduced cognitive errors, rumination and cognitive avoidance in participants. The overall improvement percentage of social anxiety in the participants were 57%, 59% and 48%, respectively, considering that these rates remained constant in the one-month follow-up.

Conclusion: The findings represent that integrated trans-diagnostic therapy is significantly essential to remedy the cognitive errors, ruminations and cognitive avoidance and can treat social anxiety by reducing these factors.

Keywords: Integrated unified trans-diagnostic therapy, Cognitive errors, Rumination, Cognitive avoidance, Social anxiety disorder.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی (مطالعه

موردی)

زهرا عسکری^۱، غزال زندکریمی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۹

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

روش: طرح پژوهش تک آزمودنی با خط پایه چندگانه (ABAB) و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به کلینیک آروین در تهران، در سال ۱۴۰۰ بود که از این تعداد ۳ نفر به شیوه نمونه گیری داوطلبانه دردسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی یکپارچه روی آزمودنی ها اجرا شد. ابزار گردآوری داده ها مقیاس پاسخ های نشخواری نولن هوکسما و مارو، پرسشنامه اجتناب شناختی، پرسشنامه تحریف های شناختی، و پرسشنامه هراس اجتماعی بود. درمان مورد استفاده، پروتوکل فراتشخیصی یکپارچه به مدت دوازده جلسه در دو ماه، هفته ای یک ساعت بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر کوهن و ترسیم دیداری استفاده شد.

یافته ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) موجب بهبود متغیرهای پژوهشی شده است به گونه ای که درصد بهبودی کلی اضطراب اجتماعی در هر سه آزمودنی به ترتیب ۵۷٪، ۵۹٪ و ۴۸٪ بود و این میزان در پیگیری یک ماهه نیز ثابت ماند.

نتیجه گیری: نتایج تجزیه و تحلیل داده ها حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در آزمودنی ها می باشد. این درمان می تواند به عنوان آموزش برای توان بخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی به کار رود.

واژه های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، خطاهای شناختی، نشخوار فکری، اجتناب شناختی و اختلال اضطراب اجتماعی.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده رفاه، تهران، ایران

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین، مزمن‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی می‌باشد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ترس از دیده شدن توسط جمع و مرکز توجه قرار گرفتن دارند؛ این افراد می‌ترسند در صورت حضور در موقعیت‌های اجتماعی خجالت‌زده، شرم‌زده و یا توسط جمع تحقیر شوند (۱). شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعه مراحل رشدی اولیه آسیب‌شناسی روانی مورد بررسی قرار گرفته است که میزان شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی را ۵/۲٪ و نرخ شیوع مادام‌العمر آن ۷/۳٪ نشان داده شده است (۲). اگر اضطراب اجتماعی درمان نشود، فرصت‌های زندگی برای افراد مبتلا محدود می‌شود و ممکن است منجر به مشکلات آموزشی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی در افراد شود؛ چون این افراد بر این باور هستند که افرادی بی‌کفایت هستند و نمی‌توانند از پس شرایط و موقعیت‌های اضطراب برانگیز اجتماعی بربایند و سعی می‌کنند از خواسته‌های اجتماعی‌شان دست بکشند و تا حد امکان از اجتماع فاصله بگیرند (۳).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در فرآیندهای پردازش ذهنی‌شان دارای یک سری عقاید غیرمنطقی و غیرواقع‌بینانه به نام خطاهای شناختی می‌باشند که منجر به سوگیری‌های ذهنی و تحریف واقعیت خواهد شد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در افکارشان دچار تحریف‌هایی چون تعمیم افراطی، نتیجه‌گیری شتاب‌زده و شخصی‌سازی امور هستند و در این افکار منفی ردپای اسنادهای درونی، کلی، پایدار و غیرقابل کنترل را می‌توان مشاهده کرد. این افراد توانایی‌هایشان را دست کم تلقی می‌کنند و در مورد قضاوت دیگران فاجعه‌انگاری می‌نمایند (۴). در اختلال اضطراب اجتماعی افراد به علت داشتن تحریف‌های شناختی غیر واقع‌بینانه دچار نوعی نشخوارذهنی مداوم و تکراری می‌شوند که از توقف آن عاجزند. نشخوار فکری نوعی گفت و گوی درونی است که افکاری به طور مداوم، ناخواسته و تکراری تمرکز فرد را از زندگی در زمان حال باز می‌دارد و معطوف به رخدادهای منفی گذشته می‌کند و موجب عدم حل مسئله می‌گردد (۵). در اضطراب اجتماعی محتوای نشخوار، پردازش مداوم یا در فکر فرو رفتن درباره برقراری ارتباطات اجتماعی با دیگر افراد و یا داشتن احساس ترس

و ناامیدی زیاد در ارتباط با هیجاناتی مانند نقص و شرم، بی‌کفایتی، مسخره و شرم‌زده شدن در شرایط اجتماعی گذشته که فرد در آن موقعیت‌ها خودابرازی داشته است می‌باشد (۶). در اختلال اضطراب اجتماعی خطاهای شناختی و نشخوارهای ذهنی موجب می‌شوند افراد از رویارویی با موقعیت‌های اضطراب برانگیز به صورت ذهنی و واقعی خودداری کنند و از تجربه کردن اضطراب بپرهیزند. اجتناب شناختی به راهبردهایی گفته می‌شود که افراد خاطرات ناخوشایند یا افکار اضطراب برانگیز را به صورت هوشیارانه در ذهنشان سرکوب می‌نمایند و از آن‌ها اجتناب می‌کنند که این اجتناب شناختی گاهی اوقات در قالب نگرانی یا نشخوار ذهنی نمایان می‌شود. مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی پس از تجربه کردن یک واقعه ناخوشایند در روابط اجتماعی خودشان، شروع به به پردازش ذهنی درباره آن موقعیت می‌کنند و محتویات ذهنی خودشان را درباره آن موقعیت و رخداد، با استفاده از انواع راهبردهای اجتناب شناختی تغییر می‌دهند (۷).

یکی از درمان‌های مؤثر روانشناختی بر طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه^۱ است که برای درمان اختلالات هیجانی به ویژه اختلالات خلقی و هیجانی طراحی شده است. این درمان با توجه به محدودیت‌های درمان شناختی رفتاری در درمان برخی از انواع اختلالات هیجانی ایجاد شده است. در این درمان از اصول و پروتکل‌های یکسانی برای درمان تمامی اختلالات هیجانی به کار برده می‌شود. در این درمان با تأکید بر هیجان‌ها و همچنین ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها سعی در اصلاح پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه دارد (۸). نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، دچار واکنش بیش از حد هیجانی و نوعی آشفتگی و بی‌نظمی هیجان هستند و در تنظیم هیجاناتشان دچار نقص می‌باشند و خزانه محدودی از راهبردهای تنظیم هیجان را در مواجهه با هیجانات ناخوشایند خودشان به کار می‌گیرند به همین دلیل شاید بتوان گفت گزینه بسیار مناسب برای حل مشکلات عاطفی و تنظیم هیجان استفاده از درمان پروتوکل فراتشخیصی یکپارچه (UP^۲) می‌باشد به

1. Unified Trans-Diagnostic Protocol

2. Unified Protocol

نیست به دلیل احساس نقص در خود، از بودن در جمع اجتناب کند. از سوی دیگر، آرامش، درک هیجانات خود، پذیرش آن‌ها، مشاهده هیجان و آگاهی از آن، هدفی است که کمک می‌کند تا افراد مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی در مدیریت هیجانات خود توانمند شوند. پروتوکل UP راهی جدید در مدیریت هیجان به صورت شناختی و مثبت است که قادر است فرد را به جای تمرکز بر افکار ناکارآمد، بر روند شناختی هیجانات خود آگاه ساخته و مدیریت و کنترل هیجان را با آگاهی و همراهی آن توانمند نماید. لذا با توجه به شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در بین افراد و تأثیرگذاری آن بر بسیاری از بخش‌های شغلی، ارتباطی، اجتماعی، تحصیلی و زناشویی، همچنین با توجه به این که پژوهش‌های اندکی بر روی متغیرهایی همچون خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شده است اجرای پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی، از نوع تک آزمودنی (موردی) با خط پایه چندگانه ABAB است. **آزمودنی‌ها:** جامعه آماری در این پژوهش تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره و روانشناسی آروین در شهر تهران در فروردین و اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰ می‌باشند. در نمونه آماری پژوهش، تعداد ۳ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس برای اهداف پژوهشی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش: (۱) داشتن حداقل ۱۸ سال سن (۲) داشتن حداقل تحصیلات دیپلم (۳) تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی براساس نظر روانشناس بالینی (۴) دریافت تشخیص اضطراب اجتماعی در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)؛ (۵) نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی، جسمانی و شخصیتی شدید براساس نظر روانشناس بالینی (۶) عدم مصرف مواد روان‌گردان (۷) عدم دریافت آموزش‌های روان‌درمانی دیگر به طور همزمان. در این پژوهش ابتدا از آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) انجام شد، پس از آن که تشخیص اضطراب

این خاطر که تمرکز اصلی این درمان بر تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه است (۹). درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به کاهش معناداری در شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب و همچنین تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان شده است (۱۰). درمان‌های موج سومی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان اثربخش می‌باشند (۱۱). در این راستا درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش اضطراب و کاهش تأثیر منفی و همچنین افزایش تأثیر مثبت در میان دانشجویان می‌شود (۱۲). تنظیم هیجان مؤثر می‌تواند واکنش‌های عاطفی را در برابر موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌آور در SAD کاهش دهد. برعکس، مشکلات مربوط به تنظیم هیجان به عنوان مکانیزم اصلی اختلالات هیجانی فرض شده است و بر این اساس، درمان‌های بالینی موج سوم متمرکز بر هیجان، بر افزایش استفاده از مهارت‌های شناختی تنظیم هیجان برای تعدیل واکنش عاطفی متمرکز است (۱۴).

همانطور که از پیشینه بر می‌آید، درمان اضطراب اجتماعی نیز به عنوان یکی از اختلالات هیجانی، در حیطه درمان‌های موج سوم قرار می‌گیرد. پیش از این اکثر درمان‌ها متمرکز بر علائم منفی شناختی بودند. ولی درمان‌های موج سوم، بر علائم مثبت شناختی برای تنظیم هیجان متمرکزند (۸). آنچه که فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مورد هیجانات خود باید بیاموزد اینست که هیجاناتی مانند خجالت، ترس، نگرانی و مراقبت از خود در جمع الزاماً بد نیستند، فرد به تدریج یاد می‌گیرد، با هیجاناتی که در حضور جمع با آن‌ها درگیر می‌شود کنار بیاید و به شکل یک پردازش مثبت به آن‌ها نگاه کند. در این روش درمانی، لازم نیست فرد متمرکز بر افکار و باورهای ناکارآمد خود باشد. چون بسیاری از مشکلات هیجانی، الزاماً به دلیل افکار و باورهای ناکارآمد ایجاد نشده‌اند. مثلاً، ترس از دست دادن عزیزان در دوران قرنطینه، نگرانی از اخراج شدن از محل کار به دلیل تعدیل نیرو، یا ترس از ابتلا به بیماری کرونا، ناشی از افکار ناکارآمد منفی نیستند. لذا خطاهای شناختی ناشی از آن هم نمی‌توانند با درمان‌های شناختی - رفتاری درمان شوند. خودآگاهی هیجانی به روش UP کمک می‌کند نشخوار در مورد رفتارهای خود و دیگران کاهش پیدا کند و فرد مجبور

تبدیل تصاویر به افکار^۶ است. طیف پاسخگویی به سؤالات بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱) کاملاً غلط (نمره ۱)، ۲) تا حدودی غلط (نمره ۲)، ۳) نه درست نه غلط (نمره ۳)، ۴) تا حدودی درست (نمره ۴) و ۵) کاملاً درست (نمره ۵) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. نتایج پژوهش سکستون و دوگاس نشان داد که این مقیاس ثبات درونی بالایی دارد و پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی ۶ هفته برابر ۰/۸۵ بود (۱۶). ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده مقیاس فرونشانی فکر (سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۴) ۰/۹۰، برای جانیشینی فکر (سؤالات ۴، ۱۱، ۱۷، ۲۰ و ۲۵) ۰/۷۱، برای حواس‌پرتی (سؤالات ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳ و ۲۱) ۰/۸۹، برای اجتناب از محرک تهدیدکننده (سؤالات ۷، ۹، ۱۶، ۱۸ و ۲۲) ۰/۹۰ و برای تبدیل تصاویر به افکار (سؤالات ۳، ۱۵، ۱۹، ۲۳ و ۲۴) برابر ۰/۸۴ است. ضریب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید^۷ برابر ۰/۴۸ به دست آمد (۱۷).

۳. پرسشنامه تحریف‌های شناختی (CDQ)^۸: این پرسشنامه توسط عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ با هدف دستیابی به ابزاری آسان برای آگاهی از تحریف‌های شناختی استفاده شده در زندگی روزمره ساخته شده است. این پرسشنامه می‌تواند به عنوان یک ابزار در خدمت اهداف آموزشی، پژوهشی، بهداشتی درمانی، در رابطه با کار و روابط انسانی، مدیریت و سازمان‌دهی و سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه بر مبنای تحریف‌های شناختی ایس ساخته شده است و به سنجش ۱۰ تحریف شناسایی شده توسط البرت ایس می‌پردازد. نمره‌گذاری برای هر خرده مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای وجود دارد: ۱) کاملاً موافقم، ۲) موافقم، ۳) نظری ندارم، ۴) موافقم، ۵) کاملاً مخالفم و تنها سؤال شماره ۱ به صورت معکوس از ۵ الی ۱ نمره گذاری شده است. براساس نمره‌گذاری هر فردی که نمره بیشتری را کسب کند، از تفکر مناسب‌تری برخوردار است و هر کس نمره کمتری را به خود اختصاص دهد، از تحریف

اجتماعی زیر نظر روانشناس بالینی قطعی شد، تعداد ۳ آزمودنی به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و تعداد ۱۲ جلسه پروتکل یکپارچه (UP) طی مدت ۳ ماه، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه اجرا شد. پیش از شروع درمان از آزمودنی‌ها پیش آزمون گرفته شد و سپس در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۲ و پیگیری یک ماهه از آزمودنی‌ها پس آزمون گرفته شد. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، مرحله مداخله و یک ماه پس از درمان مورد آزمون قرار گرفتند تا میزان ثبات اثربخشی درمان مورد بررسی قرار بگیرد.

ابزار

۱. مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS): این پرسشنامه را نولن - هوکسیما و مارو با هدف بررسی تمایل افراد برای پاسخ‌های نشخواری منفی‌شان طراحی کرده‌اند. این مقیاس نشان دهنده این موضوع است که وقتی افراد به اختلالات هیجانی دچار می‌شوند، میزان درگیری‌شان در هر فکر یا رفتار نشخواری چقدر است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال می‌باشد و هر سؤال براساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شود. برای محاسبه نهایی نمرات تمام سؤالات را با یکدیگر جمع می‌کنیم. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخواری از روش‌های بازآزمایی و ثبات درونی استفاده شد و به منظور تعیین روایی از روش روایی سازه و تحلیل عاملی استفاده شد. ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰، اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند (۱۴). این مقیاس در ایران توسط باقری‌نژاد، صالحی‌فردی و طباطبائی به فارسی ترجمه شده است و اعتبار آن در ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش شده است (۱۵).

۲. پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ)^۹: این پرسشنامه توسط سکستون و دوگاس ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است و هدف آن سنجش اجتناب شناختی از ابعاد مختلف (فرونشانی فکر^۳، جانیشینی فکر، حواس‌پرتی^۴، اجتناب از محرک تهدیدکننده^۵،

5. Avoidance of threatening stimuli
6. Transformation of images into thoughts
7. White Bear Suppression Inventory
8. Cognitive Distortions Questionnaire

1. Ruminative Responses Scale
2. Cognitive Avoidance Questionnaire
3. Thought substitution
4. Distraction

را بالا برآورد نموده‌اند و اعتبار به روش بازآزمایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون بر روی یک گروه دانشجوی با یک هفته فاصله را برابر $0/83$ و همسانی درونی آن در بیماران مراجعه‌کننده سرپایی به کلینیک بهداشت روانی اسدابادی را برابر $0/86$ گزارش کرده‌اند (۲۰).

روند اجرای پژوهش: پروتکل UP برای درمان اختلالات هیجانی طراحی شده است. به طور کلی، این گروه از اختلال‌ها شامل اختلالات اضطرابی و خلقی، مانند اختلال هراس با یا بدون آگروفوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی اجباری و افسردگی می‌شود. این برنامه همچنین برای رسیدگی به اختلالات نزدیک به اختلالات هیجانی مانند هیپوکندریا و دیگر مشکلات مرتبط با اضطراب بیش از حد در مورد نگرانی‌های بهداشتی و همچنین بسیاری از اختلالات که در آن تجربه یک شکایت اصلی است، طراحی شده است. از آنجا که پروتکل UP برای درمان اختلالات هیجانی در ابعاد هیجان مثبت، هیجان منفی، مشکلات شناختی، مسائل اجتماعی و تنظیمات برانگیختگی طراحی شده و اضطراب اجتماعی نیز در حیطه اختلالات هیجانی قرار می‌گیرد، تغییری در محتوا جهت متناسب‌سازی پروتکل برای اختلال اضطراب اجتماعی انجام نشد. در این پژوهش هر ۳ آزمودنی پس از تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی توسط روانشناس بالینی و تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی، خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی کاندید شرکت در پژوهش شدند. سپس ۱۲ جلسه درمان UP به مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه دریافت کردند، سپس در جلسات سوم، ششم، نهم و دوازدهم مورد ارزیابی قرار گرفتند و در پایان پس از گذشت ۱ ماه از آخرین جلسه درمانی، پیگیری به عمل آمد. شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه‌های پیش از شروع درمان را تکمیل کردند تا روند ثبات نتایج درمانی بررسی شود.

های شناختی بیشتری استفاده کرده است. دامنه نمرات کل پرسشنامه از ۲۰-۱۰۰ می‌باشد. آزمون توسط عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ بر روی جمعیت ایرانی (۱۵۱ زن و ۱۴۶ مرد) هنجاریابی شده است. در این فرآیند اطلاعات جمع‌آوری شده توسط ابزار تحقیق، به وسیله‌ی آزمون T مستقل برای مقایسه دو جنس با میانگین سنی $25/8$ در میزان استفاده از تحریف‌های شناختی استفاده شده است. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای به دست آمده به صورت استاندارد برابر با $0/80$ است که می‌توان نتیجه گرفت پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار می‌باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ $0/90$ به دست آمد (۱۸).

۴. پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): این پرسشنامه توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است و شامل ۱۷ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس ترس، اضطراب و ناراحتی جسمانی (فیزیولوژی) است. این پرسشنامه ۱۷ آیتم دارد که نشانه‌های ترس، اجتناب و ناراحتی‌های فیزیولوژیک را در فوبی اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند. این ۱۷ آیتم از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود و نمرات هر آیتم برای دستیابی به یک نمره کل با دامنه ۰ تا ۶۸ با هم جمع بسته می‌شود. برای محاسبه امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد را با هم جمع می‌کنیم و برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌کنیم. براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای: نمره صفر) به هیچ وجه، نمره ۱) کم، نمره ۲) تاحدی، نمره ۳) زیاد و نمره ۴) بی‌نهایت درجه‌بندی می‌شود. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی $0/78$ تا $0/89$ و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از دانش‌آموزان بهنجار برای کل مقیاس برابر $0/94$ گزارش کرده‌اند. در نمونه غیربالینی در ایران ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر با $0/82$ ، برای نیمه دوم آزمون برابر $0/76$ ، همچنین همبستگی دو نیمه آزمون برابر با $0/84$ و شاخص اسپیرمن براون برابر $0/91$ بوده است (۱۹). در ایران برای نخستین بار عبدی، بیرشک، محمودعلیلو و اصغرنژاد در سال ۱۳۸۵ پس از ترجمه و انطباق، اعتبار محتوایی و صوری این پرسشنامه

1. Social Phobia Inventory

جدول (۱) خلاصه جلسات دوازده گانه درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو، ۲۰۱۷)، (۲۱)

جلسات	اهداف	محتوا	تمرین	نتیجه
جلسه نخست	افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	افزایش انگیزه، مصاحبه‌ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طی درمان، ارائه‌ی منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون	-	-
جلسه دوم	شناخت هیجانات	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC	بازنویسی هیجانات منفی و مثبت	بازنگری در ابراز هیجانات
جلسه سوم و چهارم	پذیرش هیجانات و آگاهی از آن‌ها	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده‌ی هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی	استفاده از نظر و دیدگاه نزدیکترین شخص در مورد هیجانات	دیدن هیجانات منفی و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها
جلسه پنجم	باز ارزیابی هیجانات	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و تله‌های شایع فکری و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر	قبل از ابراز هیجان شناخت و بازنگری آن در منزل	مواجهه با هیجانات منفی و مقابله با آن‌ها
جلسه ششم	اجتناب هیجانی و تأثیرات آن	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان	تمرین مواجهه با هیجانات منفی و مقابله منطقی و تحلیل محتوای هیجانات در منزل	اجتناب از هیجانات منفی
جلسه هفتم	شناخت رفتارهای مرتبط با هیجان	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی (EDB) ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه‌ی رویارویی با رفتارها	-	اجتناب از رفتارهای تخریب‌کننده مبتنی بر هیجانات
جلسه هشتم	جستجوی احساسات بدنی	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم	تکنیک پویش بدن و تمرین در منزل	پذیرش احساسات منفی بدنی
جلسه نهم، دهم و یازدهم	منطق رویارویی با هیجانات	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه‌ی تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه‌ی هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب	برگه سلسله مراتب ترس و تکمیل در منزل	رویارویی با احساساتی نظیر ترس و اضطراب
جلسه دوازدهم	نتیجه‌گیری	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث درباره‌ی بهبودی و پیشرفت‌های درمانی، پیشگیری از عود و اجرای پس‌آزمون	-	-

یافته‌ها

ناهمپوش، درصد بالای ۰/۵۰ را حجم اثر بسیار پایین، بین مقادیر ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ را حجم اثر متوسط و مقدار ۰/۷۵ را اندازه اثر بسیار بالا پیشنهاد کرده‌اند (۲۳). برای تفسیر تعیین ثبات روند و تحلیل دیداری درون موقعیتی از هفت مرحله گاست و اسپریگز استفاده شد (۲۴). طبق اطلاعات دموگرافیک جنسیت هر ۳ شرکت‌کننده زن و در حدود سنی بین ۲۵-۳۰ قرار داشتند، هر سه مجرد بوده‌اند و شرکت‌کننده سوم، شاغل بوده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین اثربخشی از تحلیل‌های درصد بهبودی، تحلیل‌های ترسیمی، اندازه اثر کوهن و درصد داده‌های ناهمپوش PND استفاده شد. مطالعات مختلف برای تفسیر شاخص اندازه اثر کوهن، مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (۲۲). همچنین، برای تفسیر درصد داده‌های

جدول ۲) نمرات آزمودنی‌ها در طی خط پایه، دوره مداخله و پیگیری ۱ ماهه در متغیرهای خطاهای شناختی، نشخوار فکری، اجتناب شناختی و اضطراب اجتماعی

آزمودنی	متغیر	میانگین خط پایه	سنجش ۳	سنجش ۶	سنجش ۹	سنجش ۱۲	میانگین پیگیری	درصد بهبود کلی
اول	اضطراب اجتماعی	۴۱	۳۸	۳۵	۳۲	۳۰	۲۶	۵۷٪
	خطاهای شناختی	۵۶	۵۴	۵۰	۴۸	۴۴	۴۰	۴۰٪
	نشخوار فکری	۸۰	۷۵	۷۱	۶۴	۶۰	۵۳	۵۰٪
	اجتناب شناختی	۱۱۸	۱۱۱	۹۰	۸۰	۷۳	۷۰	۶۸٪
دوم	اضطراب اجتماعی	۴۳	۳۹	۳۶	۳۳	۳۰	۲۷	۵۹٪
	خطاهای شناختی	۵۷	۵۵	۵۰	۴۷	۴۵	۴۲	۳۵٪
	نشخوار فکری	۷۳	۷۰	۶۵	۶۱	۵۳	۵۰	۴۶٪
	اجتناب شناختی	۶۳	۵۹	۵۵	۵۲	۴۹	۴۶	۳۶٪
سوم	اضطراب اجتماعی	۳۷	۳۵	۳۳	۳۰	۲۸	۲۵	۴۸٪
	خطاهای شناختی	۵۸	۵۷	۵۵	۵۲	۵۰	۴۵	۲۸٪
	نشخوار فکری	۵۰	۴۶	۴۴	۴۲	۴۰	۳۷	۳۷٪
	اجتناب شناختی	۷۲	۷۰	۶۵	۶۳	۶۰	۵۵	۳۰٪

را نشان نمی‌دهد (> ۰.۵). درصد بهبودی متغیر نشخوار فکری در آزمودنی اول ۵۰٪، در آزمودنی دوم ۴۶٪ و در آزمودنی سوم ۳۷٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر نشخوار فکری در آزمودنی اول درصد معناداری را نشان می‌دهد (< ۰.۵). همچنین میزان درصد بهبود کلی متغیر اجتناب شناختی در آزمودنی اول ۶۸٪، در آزمودنی دوم ۳۶٪ و در آزمودنی سوم ۳۰٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر اجتناب شناختی در آزمودنی اول درصد معناداری را نشان می‌دهد (< ۰.۵).

نتایج داده‌های حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد درصد بهبود کلی اضطراب اجتماعی در اثر درمان با پروتکل UP در آزمودنی اول ۵۷٪، در آزمودنی دوم ۵۹٪ و در آزمودنی سوم نیز ۴۸٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر اضطراب اجتماعی در آزمودنی اول و دوم درصد معناداری را نشان می‌دهد (< ۰.۵). میزان درصد بهبود کلی متغیر خطاهای شناختی در آزمودنی اول ۴۰٪، آزمودنی دوم ۳۵٪ و در آزمودنی سوم ۲۸٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر خطاهای شناختی در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری

جدول ۳) شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای خطاهای شناختی، نشخوار فکری، اجتناب شناختی و اضطراب اجتماعی.

آزمودنی	متغیر	میانگین خط پایه (MD)	میانگین مداخله (M2)	انحراف استاندارد مداخله (S)	درصد بهبودی مداخله	اندازه اثر کوهن (D1)	میانگین پیگیری (M3)	انحراف استاندارد پیگیری	درصد بهبودی پیگیری	اندازه اثر کوهن (D2)	اندازه اثر PND
اول	اضطراب اجتماعی	۴۱	۳۳/۷۵	۳/۴۹	۰/۱۷	۲/۰۷	۲۶	۴/۹۱	۰/۳۶	۳/۰۵	۰/۸۳
	اجتناب شناختی	۱۱۸	۸۸/۵	۱۶/۵۴	۰/۲۵	۱/۷۸	۷۰	۱۷/۰۵	۰/۴۰	۲/۸۱	۰/۸۳
	نشخوار فکری	۸۰	۶۷/۵	۶/۷۵	۰/۱۵	۱/۸۵	۵۴	۹/۳۱	۰/۵۰	۲/۹۰	۰/۸۳
	خطاهای شناختی	۵۶	۴۹	۴/۱۶	۰/۱۲۵	۱/۶۸	۴۰	۵/۷۶	۰/۲۸	۲/۷۷	۰/۸۳
دوم	اضطراب اجتماعی	۴۳	۳۴/۵	۳/۸۷	۰/۱۹	۲/۱۹	۲۷	۵/۰۳	۰/۵۹	۳/۱۸	۰/۸۳
	اجتناب شناختی	۶۳	۵۳/۷۵	۴/۲۷	۰/۱۴	۲/۱۶	۴۶	۵/۳۵	۰/۲۶	۳/۱۷	۰/۸۳
	نشخوار فکری	۷۳	۶۲/۳۵	۷/۱۷	۰/۱۴	۱/۴۹	۵۰	۸/۷۲	۰/۳۱	۲/۶۳	۰/۸۳
	خطاهای شناختی	۵۷	۴۹/۲۵	۴/۳۴	۰/۱۳	۱/۷۸	۴۳	۴/۸۹	۰/۲۴	۲/۸۶	۰/۸۳
سوم	اضطراب اجتماعی	۳۷	۳۱/۵	۳/۱۰	۰/۱۴	۱/۷۷	۲۵	۴/۲۲	۰/۳۲	۲/۸۴	۰/۸۳
	اجتناب شناختی	۷۲	۶۴/۵	۴/۲۰	۰/۱۰	۱/۷۸	۵۵	۵/۹۸	۰/۲۳	۲/۸۴	۰/۸۳
	نشخوار فکری	۵۰	۴۳	۲/۵۸	۰/۱۴	۲/۷۱	۳۷	۳/۷۴	۰/۲۶	۳/۴۷	۰/۸۳
	خطاهای شناختی	۵۸	۵۳/۵	۳/۱۰	۰/۰۷	۱/۴۵	۴۵	۵/۰۳	۰/۲۲	۲/۵۸	۰/۸۳

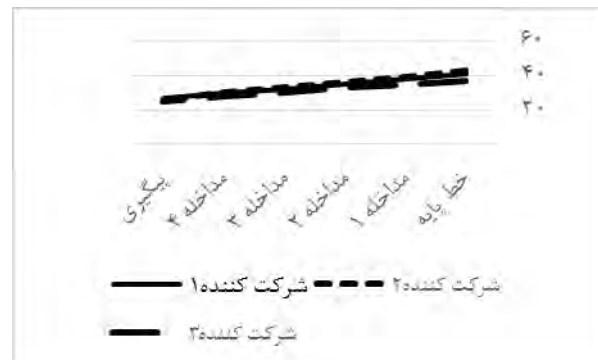
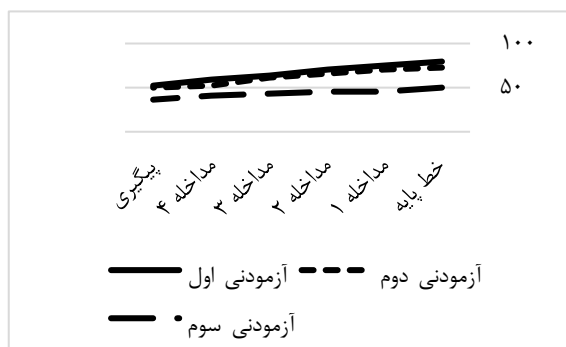
اجتماعی در آزمودنی سوم ۰/۳۲ و اندازه اثر کوهن در متغیرهای اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی و نشخوار فکری بالا گزارش شده است ($D > 2/70$) و متغیر خطاهای شناختی متوسط گزارش شده است ($1/15 < D < 2/70$).

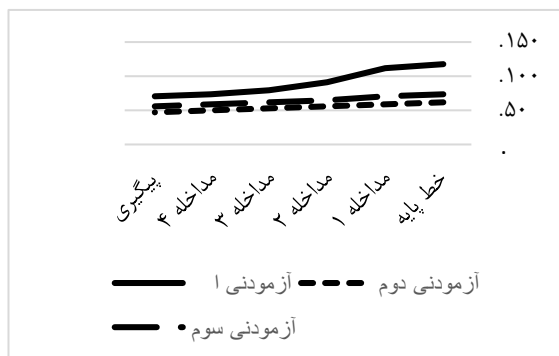
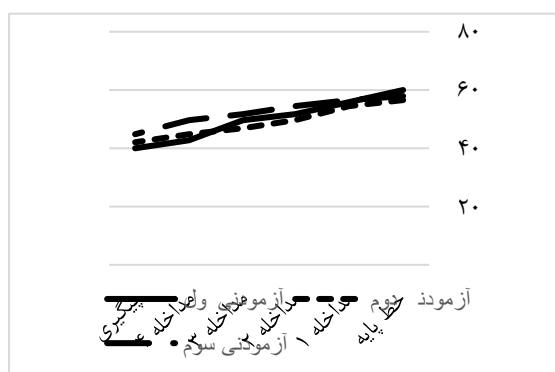
طبق نتایج داده‌های حاصل از جدول ۴ ثبات روند در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در هر ۳ آزمودنی با ثبات می‌باشد. همچنین جهت روند در مراحل خط پایه در هر ۳ آزمودنی روند صعودی و در مراحل مداخله و پیگیری در هر ۳ آزمودنی روند نزولی داشته است.

طبق نتایج حاصل از داده‌های جدول ۳ درصد بهبودی اضطراب اجتماعی در آزمودنی اول ۰/۳۶ و اندازه اثر کوهن در زیر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی، نشخوار فکری و خطاهای شناختی بالا گزارش شده است ($D > 2/70$). درصد بهبودی اضطراب اجتماعی در آزمودنی دوم ۰/۵۹ و اندازه اثر کوهن در زیر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی و خطاهای شناختی بالا گزارش شده است ($D > 2/70$) و متغیر نشخوار فکری متوسط گزارش شده است ($1/15 < D < 2/70$). درصد بهبودی اضطراب

جدول ۴) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای شرکت‌کنندگان در متغیر اضطراب اجتماعی

مرحله پیگیری			مرحله مداخله			مرحله خط پایه			توالی موقعیت
سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	شرکت‌کنندگان
۲	۲	۲	۴	۴	۴	۲	۲	۲	تعداد جلسات
طراز									
۲۵	۲۷	۲۶	۳۱/۵	۳۴/۵	۳۳/۵	۳۷	۴۳	۴۱	میانہ
۲۵	۲۷	۲۶	۳۱/۵	۳۴/۵	۳۳/۷۵	۳۷	۴۳	۴۱	میانگین
۲۵-۲۴	۲۸-۲۶	۲۷-۲۵	۳۵-۲۸	۳۹-۳۰	۳۸-۳۰	۳۸-۳۶	۴۴-۴۲	۴۲-۴۰	دامنه تغییرات
۳۰-۲۰	۲۱/۳۲-۶/۴	۲۰/۳۱-۸/۲	۲۵/۲۸-۲/۴	۲۷/۴۱-۶/۴	۲۶/۴۰-۸/۲	۲۹/۴۴-۶/۴	۳۴/۵۱-۴/۶	۳۲/۴۹-۸/۲	محفظه ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات
با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
تغییر طراز									
-۲	-۲	-۲	-۵	-۶/۵	-۵/۵	+۲	+۲	+۲	تغییر طراز نسبی
-۲	-۲	-۲	-۷	-۹	-۸	+۲	+۲	+۲	تغییر طراز مطلق
روند									
نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	صعودی	صعودی	صعودی	جهت
با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات





نمودار ۱) ترسیم روند تغییرات اضطراب اجتماعی (بالا راست)، نشخوار فکری (بالا چپ) اجتناب شناختی (پایین راست) و خطاهای شناختی (پایین چپ) در شش مشاهده برای هر شرکت کننده

بحث

وجود در برخی یافته‌ها، پژوهش‌ها حاکی بر آن است که درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان بیشتر بر ابعاد هیجانی معطوف هستند و بر شناخت و ادراک افراد تأثیر قابل توجهی را نشان نمی‌دهد. این یافته با پژوهش‌های (۳۳)، (۳۴) همسو می‌باشد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب شناختی را می‌توان به واسطه فرآیندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. در درمان UP از فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی خواسته می‌شود به جای اجتناب و ترک کردن یک موقعیت اجتماعی که هیجان اضطراب را در آن‌ها فعال می‌کند یک رفتار جایگزین یعنی ماندن در آن موقعیت و نزدیک شدن به افراد را تجربه کنند تا در نهایت موفق به مقابله با الگوهای اجتناب و رفتارهای هیجان خاست شوند. در نهایت افراد دچار اجتناب شناختی با استفاده از تکنیک‌های پروتکل UP قادر خواهند بود هیجان‌اتشان را تحمل نمایند و آن‌ها را بپذیرند و قادر شوند به شیوه سازگارانه‌تری به آن پاسخ دهند (۳۵)، (۳۶)، (۳۷)، (۳۸). با این وجود برخی پژوهش‌ها عدم اثربخشی درمان‌های هیجان محور بر اجتناب شناختی و رفتاری نشان داده است که این یافته‌ها با پژوهش (۳۹) همسو می‌باشد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشخوار فکری را می‌توان به واسطه فرآیندهای درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان تبیین کرد. یکی از فرآیندهای درمانی مبتنی بر درمان فراتشخیصی یکپارچه، ذهن آگاهی می‌باشد. در درمان UP با استفاده از تکنیک آگاهی غیر قضاوتی و معطوف به زمان حال نشخوار فکری کاهش می‌یابد. این کار با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی میسر است که به افراد مبتلا کمک می‌شود بتوانند با

این پژوهش با هدف پاسخ به این پرسش انجام گرفت که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر معناداری دارد؟

یافته‌های پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) تأثیر معناداری را در کاهش خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی دارد. یافته‌های این پژوهش درباره اثربخشی UP بر کاهش خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی تأییدکننده پژوهش‌های پیشینی است که اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده اند. این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله (۲۵)، (۲۶)، (۲۷)، (۲۸)، (۲۹)، (۳۰) همسو می‌باشد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خطاهای شناختی را می‌توان به واسطه فرآیندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از فرآیندهای درمانی مبتنی بر درمان فراتشخیصی یکپارچه، تغییر ارزیابی شناختی می‌باشد. یکی از تکنیک‌های ارزیابی شناختی، شناسایی ارزیابی خودآیند و تله‌های فکری است. تغییر ارزیابی شناختی، در درمان UP به افراد کمک می‌کند ارزیابی‌های خودآیند و تله‌های فکری خود را از طریق پیکان رو به پایین شناسایی کنند و با تله‌های فکری یا خطاهای شناختی خود مقابله کنند و با آن‌ها به چالش بپردازند. از این طریق بینش افراد مبتلا به اختلالات هیجانی افزایش خواهد یافت، چرخه‌های معیوب فکری اصلاح خواهد شد و در نهایت موجب کاهش و بهبود در خطاهای شناختی و تله‌های فکری می‌شود (۳۱)، (۳۲). با این

منابع

1. Kraft JD, Grant DM, White EJ, Taylor DL, Frosio KE. Cognitive mechanisms influence the relationship between social anxiety and depression among college students. *Journal of American college health*. 2021 Apr 3; 69(3):245-51.
2. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 21:591-643.
3. Lynch H, McDonagh C, Hennessy E. Social anxiety and depression stigma among adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Feb 15; 281:744-50.
4. Beck AT, editor. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press; 1979.
5. Butler RM, O'Day EB, Swee MB, Horenstein A, Heimberg RG. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Predictors of treatment outcome in a quasi-naturalistic setting. *Behavior therapy*. 2021 Mar 1; 52(2):465-77.
6. Jeong HS, Lee JH, Kim HE, Kim JJ. Appropriate number of treatment sessions in virtual reality-based individual cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine*. 2021 Jan; 10(5):915.
7. Bianchi D, Lonigro A, Baiocco R, Baumgartner E, Laghi F. Social anxiety and peer communication quality during adolescence: The interaction of social avoidance, empathic concern and perspective taking. *InChild & Youth Care Forum 2020 Dec (Vol. 49, No. 6, pp. 853-876)*. Springer US.
8. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR. & Cassiello-Robbins, C. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. (Translated by Zandkarimi & Bahaodini). Tehran: Refah Publishing, 2018. [Persian]
9. Helbig-Lang S, Rusch S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. *Journal of clinical psychology*. 2015 Mar; 71(3):241-9.
10. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary psychology*. 2016 Sep 10; 11(1):21-32. [Persian]
11. Alavi SM, Rafieinia P, Makvand Hosseini S, Sabahi P. The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Treatment on Social anxiety symptoms and Difficulty in Emotion Regulation: Single-Subject Design. *Journal of Psychological Studies*. 2020 Jul 22; 16(2):7-24. [Persian]
12. Bassak-Nejad S, Moini N, Mehrabizadeh-Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 4(4):335-40. [Persian]

استفاده از یک محرک یا نشانه رفتاری بر زمان حال تمرکز کنند (۴۰)، (۴۱). با این وجود در برخی پژوهش‌ها یافته‌ها حاکی بر آن است که درمان‌های هیجان محور باعث کاهش معنادار در نشخوارفکری نمی‌شود (۴۲).

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان به این نکته اشاره کرد که مداخلات درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد کمک می‌کند تا نحوه رویارویی با هیجانات نامناسب را آموزش ببینند و راهکارهای سازگارانه‌تری در نحوه پاسخ‌دهی به هیجان‌های خود به کار گیرند. با استفاده از این روش افراد نحوه پاسخ‌دهی به هیجان‌اتشان را تنظیم می‌کنند تا شدت و وقوع عادت‌های هیجانی‌شان کاهش یابد. در نتیجه میزان آسیب‌زایی هیجانات تقلیل می‌یابد و عملکرد سالم فرد افزایش می‌یابد. در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه، سه بعد تجربه هیجانی یعنی افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم در تعامل می‌باشند و هر کدام از ابعاد در تجارب هیجانی فرد تأثیر می‌گذارند بنابراین دستکاری در بعد هیجانی از طریق درمان UP می‌تواند بر دیگر ابعاد تجربه هیجانی افراد تأثیر بگذارد و باعث بهبود سلامت و تغییر در عملکرد افراد شود (۴۳).

در مجموع نتایج پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه تأثیر معناداری را در کاهش خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی داشته است. با این حال به علت محدودیت‌هایی نظیر، استفاده از روش تک آزمودنی و حجم نمونه اندک، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس، باید در تعمیم دهی نتایج جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و کار گروهی به ارزیابی تأثیر این روش درمانی بر اختلالات اضطرابی دیگر نظیر اضطراب فراگیر پرداخته شود و تغییرات امواج مغزی از طریق بیوفیدبک نیز اندازه‌گیری شود.

تشکر و قدردانی: از نمونه‌های پژوهش حاضر، کارکنان کلینیک مشاوره و روانشناسی آروین و همه عواملی که اجرای این پژوهش را ممکن ساختند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول از دانشگاه غیرانتفاعی خاتم می‌باشد.

26. Marín C, Guillén AI, Rodríguez-Moreno S, Diéguez S, Panadero S, Farchione T. Application of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among homeless women: A feasibility study. *Psychotherapy*. 2021 Feb 4.
27. Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). Trans-diagnostic group cognitive behavioral therapy for emotional disorders in primary care: the results of the panic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13.
28. Dear BF, Staples LG, Terides MD, Fogliati VJ, Sheehan J, Johnston L, Kayrouz R, Dear R, McEvoy PM, Titov N. Trans-diagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016 Aug 1; 42:30-44.
29. Espejo EP, Gorlick A, Castriotta N. Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based trans-diagnostic CBT for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2017 Mar 1; 46:65-71.
30. Gros DF, Shapiro MO, Allan NP. Efficacy of trans-diagnostic behavior therapy on trans-diagnostic avoidance in veterans with emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Jan; 76(1):31-9.
31. Benakhtibi S, Naghi Aqdasi A. A comparative study of the effectiveness of cognitive-behavioral approaches and group reality therapy on cognitive errors in women aged 25 to 40 years in Tabriz. *Women and Family Studies*. 22 May 2018; 11 (39): 69-81. [Persian]
32. Helmond P, Overbeek G, Brugman D. Program integrity and effectiveness of a cognitive behavioral intervention for incarcerated youth on cognitive distortions, social skills, and moral development. *Children and Youth Services Review*. 2012 Sep 1; 34(9):1720-8.
33. Toneatto T, Gunaratne M. Does the treatment of cognitive distortions improve clinical outcomes for problem gambling? *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2009 Dec; 39(4):221-9.
34. Helmond P, Overbeek G, Brugman D. Program integrity and effectiveness of a cognitive behavioral intervention for incarcerated youth on cognitive distortions, social skills, and moral development. *Children and Youth Services Review*. 2012 Sep 1; 34(9):1720-8.
35. Beheshti N, Zemestani M, Rezaei F. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy focused on intolerance of uncertainty and pharmacotherapy on worry, intolerance of uncertainty, and cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018 Nov 10; 24(3):240-55. [Persian]
13. Werner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2011 Sep; 33(3):346-54.
14. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Jul; 61(1):115.
15. Bagherinezhad M, SALEHI FJ, Tabatabaee SM. Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. 2010. [Persian]
16. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of anxiety disorders*. 2008 Apr 1; 22(3):355-70.
17. MahmudAliloo M, Shahjooee T, Hashemi Z. Comparison of Intolerance of Uncertainty, Negative Problem Orientation, Cognitive Avoidance, Positive Beliefs about Worries in Patient with Generalized Anxiety Disorder and Control Group. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011 Jan 21; 5(20):169-87. {Persian}
18. Abdullah Zadeh H, Salar M. Preliminary standardization of cognitive distortion questionnaire, Tehran, Yar Pouya Test Company. 2010. [Persian]
19. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000 Apr; 176(4):379-86.
20. Dalir M, Aghayoosofi AR. The role of self-efficacy and social phobia in the prediction of internet dependency in students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2016 Jan 10; 4(4):93-104.
21. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.
22. Richards SB. *Single subject research: Applications in educational settings*. Cengage Learning; 2018.
23. Wendt O. Calculating effect sizes for single-subject experimental designs: An overview and comparison. In *Ninth Annual Campbell Collaboration Colloquium*, Oslo, Norway 2009 May 18.
24. Gast DL, Spriggs AD. Visual analysis of graphic data. In *single case research methodology 2014* Mar 26 (pp. 176-210). Routledge.
25. Pearl S, Norton PJ. Trans-diagnostic Cognitive Behavioral Therapy for Individuals with Anxiety Disorders: An Open Trial. *Behaviour Change*. 2021 Jun; 38(2):73-83.

36. Sherafati H, Taheri E, Asmaee Majd S, Amiri M. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Dougas Model on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about worry in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2017 Aug 23; 9(2):15-28. [Persian]
37. Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients. *The Horizon of Medical Sciences*. 2017 Apr 10; 23(2):141-8. [Persian]
38. Taheri H, Taheri E, Amiri M. Efficacy of group behavioral activation on social anxiety, avoidance and negative evaluations among individuals with social anxiety. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19(5):361-5. [Persian]
39. Wiborg JF, Knoop H, Prins JB, Bleijenberg G. Does a decrease in avoidance behavior and focusing on fatigue mediate the effect of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome?. *Journal of psychosomatic research*. 2011 Apr 1; 70(4):306-10.
40. Heydarian Fard Z, Bakhshipour BA, Faramarzi M. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on social anxiety, social self-efficacy and rumination in students with social anxiety disorder. *JCPS*. 2015; 6(21):152-72. [Persian]
41. Sanagouye Moharer G, Karami Mohajeri Z, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of cognitive therapy on rumination, emotion regulation and social problem solving in patients with obsessive-compulsive disorder. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2019 May 22; 6(50):11-22. [Persian]
42. Ansari B, Tasbihsazan S, Khademi A, Rezaei M. Effectiveness of Metacognitive Therapy on Worry, Rumination and Asthma Control in Patients with Asthma. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2021 Apr 10; 7(3):20-9. [Persian]
43. Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. The effectiveness of trans-diagnostic therapy on anxiety, depression, cognitive strategies of emotional regulation, and general performance in women with comorbid anxiety and depression. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2016 Mar 10; 5(4):551-63. [Persian]